

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1327** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : *Rebroute*

Nom & Prénom : **EL ASLY Ted**

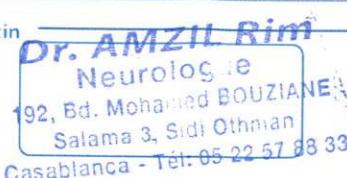
Date de naissance : **1938**

Adresse : **Sidi Tassafy Z Rue 57 N° 80 CASA**

Tél. : **06 61 97 5770** Total des frais engagés : **920,80** Dhs

Autorisation CNITP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Affection neurologique**

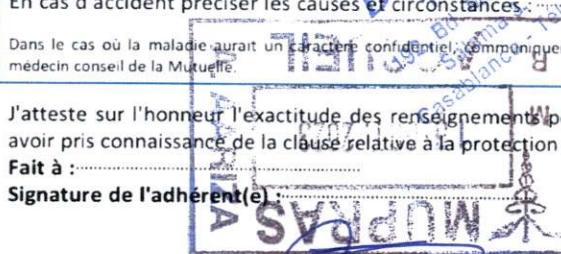
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *DR Amzil Rim*

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : **15/09/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant detaille des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
130520		C.S	300 DA	INP : 091263848 Dr. AMZIL RIM Naurois 10 192 Bd. Mohamed BOUZIANE 900 50 Othman

PHARMACIE EL ALEXANDRE EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
EL ALEXANDRE - Toulouse ASA - IEL : 05.22.26.52.33	13/09/2013	620,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES														
Le praticien est tenu de préciser la dent traitée. Toute pratique en indiquant la nature des soins.														
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.														
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>										
	<b>O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>									
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">05533412 30000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		G	D	05533412 30000000 35533411	G			B	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
		H		G										
		D	05533412 30000000 35533411	G										
				B										
<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la prothèse</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>											
			<b>DATE DE L'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>											
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>														

Docteur

Neu

Adulte et Enfant

LOT : 230729  
EXP : 05/2026  
PPV : 57,80DH

LOT : 230729  
EXP : 05/2026  
PPV : 57,80DH

الد  
اخصا  
دا

Electroencéphalogramme (EEG)  
Electroneuromyogramme (ENMG)

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

للدماغ  
ب والمضلاط

Barcode  
6 118001 090280

## Ordonnance

Nom et Prénom: EL ASLY Mohamed

Date: 13/09/23

27,50x2

1) Cardioaspirine

100 mg

S.V. Aspec

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Barcode  
6 118001 090280

57,80x3

2) LD-NOR

10mg CP

189,10x2

3) Tuneluz

20mg

PHARMACIE  
PHYSIOUBI  
Sd. Ch  
S.V. Aspec

LOT : 230729  
EXP : 05/2026  
PPV : 57,80DH

189,10

141,20

4) Cefaline sachet

1 sach si douleur

(<31°)

620,80

LOT : 545  
PER : 07/28  
PPV : 14,20 DH

192, شارع محمد أبوزيان، سيدى عثمان، الدار البيضاء، المغرب

192, Bd Mohamed Bouziane, Sidi Othman, Casablanca, Maroc

05 20 57 00 84 06 72 76 08 04 amzilrim@gmail.com

Dr. Am  
Neuro  
192, Bd. Mohamed  
Salama 3, Sidi O  
Casablanca - Tel: 05 22 57 88